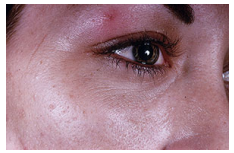
Actualité des infections sexuellement transmissibles et du VIH

Philippe MULLER
AMMPPU Thionville janvier 2013

Cas clinique

Une femme de 24 ans présente :
une mono arthrite du genou et des lésions cutanées.



•Quel est votre diagnostic et comment le confirmer ?

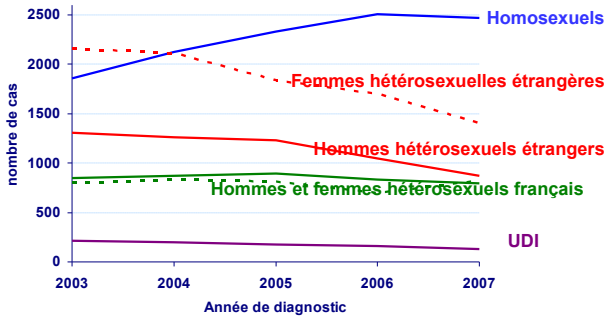
- Le diagnostic est une gonococcie disséminée.
- Il faut rechercher le mode de contamination et faire un bilan des autres IST possiblement associées.

Nouvelles infections VIH 2010-2011

6100 découvertes de séropositivité en 2011
Estimation globale de 150 000 Personnes dont 50 000 ne le sauraient pas.

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les personnes contaminées par rapports hétérosexuels nées à l'étranger (dont les ¾ dans un pays d'Afrique subsaharienne) restent les deux groupes les plus concernés et représentent chacun 40% des découvertes de séropositivité en 2011.
- les HSH, qui constituent le seul groupe où le nombre de découvertes de séropositivité a augmenté entre 2003 et 2011.
- Chez les hétérosexuels nés en France, le nombre de découvertes de séropositivité est stable depuis plusieurs années. Cependant, l'augmentation de certaines IST dans cette population incite à rester vigilant pour les années futures.

Découvertes de séropositivité au VIH selon les modes de contamination



Amélioration du dépistage et traitement antirétroviral plus précoce diminuent la mortalité SIDA des séropositifs VIH

- En 2010, le sida ne représente plus qu'un quart des causes de décès des patients infectés par le VIH en France.
- 5,2 millions de sérologies VIH ont été réalisées en France en 2011, soit une augmentation de 4% par rapport à 2010. (79 sérologies pour 1 000 habitants.)
- Rôle probable de campagne gouvernementale de dépistage systématique entre 15 et 70 ans.
- 8 sur 10, sont réalisées dans des laboratoires de ville. 7 % en CIDDIST.
- La proportion de découvertes de séropositivité à l'occasion d'un bilan systématique est stable depuis plusieurs années.
- La proportion de découvertes à un stade tardif est de 29 % en 2011, un chiffre également stable depuis 2008 qui concerne principalement les hétérosexuels.

- On estime que 70 % des contaminations sexuelles par le VIH sont provoquées par des personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique.
- Seulement 52 % des gays ont réalisé un test du VIH dans l'année précédente malgré multipartenariat (77 % ont plus d'un partenaire occasionnel dans les douze derniers mois), et haute prévalence du VIH chez les gays (14 %).
- Tests de dépistage rapide (TDR) ou TROD est une solution sinon pour mieux dépister, du moins pour le faire plus souvent chez ceux qui n'ont pas accès aux structures de soins ni aux dispositifs de prévention.
- Autre place des TDR VIH (arrêté du 28 mai 2008)
  - Personne source dans le cadre d'un AES
  - Urgence diagnostique devant un tableau clinique évocateur de SIDA
  - Accouchement d'une femme de statut sérologique non connu
- L'enquête Prévagay, réalisée chez des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, confirme niveau de transmission du VIH élevé : prévalence18%, incidence 3,8%.

Amélioration de la vie avec le VIH

- Les patients en succés immunovirologiques sous traitement ont une espérance de vie inférieure de 6 ans par rapport aux sujets VIH négatifs.
- Dans la cohorte COHERE, la mortalité des patients avec lymphocytes CD4 > 500/mm3 depuis plus de trois ans est comparable à celle des hommes de la population générale (Lewden, CROI 2010, Abstract 527).
- En 2008, 83 % des patients traités avaient une charge virale plasmatique < 50 copies/mL, 92 % ont une charge virale < 500 copies/mL
- L'objectif d'un nombre de lymphocytes CD4 supérieur à 500/mm3 est actuellement atteint chez 52 % des patients traités.
- Ils meurent moins de sida et plus de cancers non classants et de maladies cardiovasculaires.
- Surrisque cardiovasculaire 1,3 qui diminue régulièrement.
- Importance de l'hygiène de vie, coinfections, suivis biologiques cholesterol LDL, HDL, 25 OH vitamine D3.
- Contagiosité vis-à-vis du VIH et Charge virale.

Mortalité VIH 2010

- 728 décès.
- L'âge médian : 50 ans, 75% étaient des hommes.
- Les principales causes :
  - sida (25% *vs.* 36% en 2005 et 47% en 2000)
    LMNH 53, PPC 29, LEMP 23, TOXO18, Tuberculose 15, Kaposi 14, CMV 13, Encephalopathie VIH 11, autres 42 (IO, KC col utérus 4…)
  - cancer non-sida non lié aux hépatites (22% *vs.* 17% et 11%)
  - atteinte hépatique (11% *vs.* 15% et 13%)
  - atteinte cardiovasculaire (10% *vs.* 8% et7%)
  - infection non classant sida (9% *vs.* 4% et 7%)
  - Les cancers toutes catégories confondues représentaient au total un tiers des causes de mortalité. Poumon 62, LMNH 53, CHC,32, Digestif 23, ORL 17, anal 15, urogénital 15…
- Le sida (36%) et les infections non classant sida (15%) étaient les principales causes de décès dans les départements d'outre-mer.

Les antirétroviraux

- Analogues nucléosidiques.
  - Truvada® (tenofovir + emtricitabine)
    - La tolérance rénale de Truvada® n'a été étudiée que de façon limitée chez les patients présentant une insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 80 ml/min). Par conséquent, une évaluation attentive du rapport bénéfices/risques est nécessaire lorsque Truvada® est utilisé chez des patients présentant une clairance de la créatinine < 60 mL/min et leur fonction rénale doit être étroitement surveillée.

  - Kivexa® (zalcitabine+lamivudine)
    - Si HLAB5701 négative et CV <100 000 copies/ml

Associés analogues non nucléosidiques
Ou antiprotéases voire anti intégrases.

- Antipotéases boostées
  - Boost : Norvir® 100 mg (Lopinavir)
  - Prezista® (darunavir)400 mg *2
  - Reyataz® (atazanavir) 300 mg

- Analogues non nucléosidiques.
  - Sustiva® (efavirenz) 600mg
  - Viramune® 400mg*2

- Associations
  - Atripla® (Truvada + Efavirenz)

  - Eviplera® (Truvada + Rilpivirine)

- Anti intégrases
  - Isentress® (Raltegravir) 400 mg matin et soir

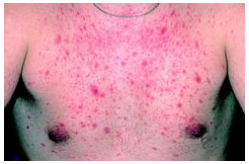
Autres

- – inhibiteurs de la fusion : Fuzeon®
- – inhibiteurs du CCR5 : Celsentri ®

Critères mise sous traitement antirétroviral

- Commencer un traitement antirétroviral sans délai chez les patients symptomatiques (catégories B et C de la classification CDC 1993), en tenant compte du traitement éventuel d'une infection opportuniste et des interactions possibles, ainsi que chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de lymphocytes CD4 < 500/mm3.
- Commencer un traitement antirétroviral chez les patients asymptomatiques si
  - Charge virale plasmatique > 100 000 copies/mL.
  - Baisse rapide des lymphocytes CD4.
  - Co-infection par le VHC ou par le VHB.
  - Age > 50 ans.
  - Facteurs de risque cardio-vasculaires.
  - Objectif de réduction de la transmission sexuelle du VIH.

Primoinfection VIH



- **On évalue à 40-90 p. 100 la proportion de primo-infections par le VIH symptomatiques**
- **Seulement 8 p. 100 des séropositités VIH diagnostiquées à ce stade.**
- **La primo-infection à VIH doit être systématiquement évoquée devant un érythème généralisé fébrile de l'adulte.**
- **Des érosions muqueuses, buccales, génitales ou anales sont fréquentes.**
- **Fréquence des signes neuroméningés : 13 %**
- **Un traitement antirétroviral précoce est possible**.

BILAN INITIAL DES SUJETS VIH +

- **Examen clinique complet sans oublier**
  - **dents**
  - **sphère oropharyngée**
  - **muqueuses génitale et anale**
  - **tour de taille (au niveau du nombril)**
  - **tour de hanche (au niveau de la crête iliaque)**

Examen gynécologique avec frottis
Anuscopie (si rapports sexuels anaux)
- **Radiographie thoracique si antécédents respiratoires ou exposition à Tuberculose ou si CD4 <200/mm3.**

TUBERTEST à 10 U chez les patients originaires de pays à forte endémie tuberculeuse
- **Remplir la fiche d'évaluation de risque cardio-vasculaire et ECG si un ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire**
- **Etude précise du contexte de vie**
- **Consultations infirmière, psychologique, assistante sociale.**
- **Examens complémentaires en fonction des signes d'orientation éventuels : consultation dentaire ...**

Bilan biologique :
- **Western Blot + Test Elisa combiné**
- **NFS**
- **ARN VIH plasmatique (charge virale VIH)**

- Genotypage VIH (sous type viral, mutations de résistances)
- Sous-populations lymphocytaires (CD4 - CD8)
- **Lipasémie**
- **Bilirubinémie totale si traitement**

- Phosphorémie, TP-TCA si traitement
- **Créatininémie**
- **Transaminases**
- **Gamma GT**
- **Phosphatases alcalines**

- glycémie, Triglycérides, HDL, LDL cholestérol
-- Glycémie à jeun
- Dosage 25 OH Vitamine D3
- CPK-LDH
- Bandelette urinaire (Protéinurie, glycosurie)
- **TP TCA**

si traitement envisagé *

(Lactatémie mensuelle le dernier trimestre de la grossesse)
- **Groupage HLA B5701 (prévision traitement abacavir (ZIAGEN))**

Sérodiagnostics :
- **Hépatite B (Ag Hbs Ac Hbs Ac Hbc), hépatite C, hépatite A****
- **CMV**
- **Toxoplasmose**
- **Syphilis (TPHA, VDRL)**
- **HTLV1 chez les patients d'origine antillaise ou africaine**

**** 1/ si sérologie Hépatite B négative : envisager vaccination (après restauration immunitaire)**
2/ si antigénémie VHB ● : programmer PCR VHB (BDNA)
3/ si sérologie VHC ● : programmer PCR VHC – si PCR ● génotypage et écho abdominale
4/ si VHA négative, envisager vaccination en cas de coinfection VHC ou VHB ou Hépatopathie chronique ou patient à risque (homosexuels ou toxico IV) et en cas de voyage en zone d'endémie.

BILAN DES SUJETS VIH + TRAITES

en externe ou à l'hôpital en fonction des patients et des médecins

Examen clinique complet (avec tour de taille et tour de hanche une fois par an)
Examen gynécologique avec frottis (une fois par an)
Anuscopie si rapports sexuels anaux (une fois par an)
Consultation cardiologique si troubles métaboliques ou risque cardiovasculaire élevé (1 fois/an)
Bilan biologique : A faire à 1 mois puis tous les 3 mois pendant un an puis tous les 3-4 mois si CD4 <500/mm3
ou tous les 4-6 mois si CD4 >500/mm3

- NFS
- sous-populations lymphocytaires (CD4-CD8) — à renouveler un mois après initiation d'un traitement
- charge virale VIH (COBAS TAQMAN Roche)
- lipasémie (à défaut amylasémie)
- créatininémie, phosphorémie
- glycémie, triglycérides, HDL, LDL Cholesterol
- bilirubinémie totale, gamma GT, TGO, TGP, PAL
- CPK-LDH
- PCR CMV tous les trois mois si CD4 < 100 et si sérodiagnostic CMV positif puis fond d'œil si positif
- la recherche de bactériémie à mycobacterium avium (par hémoculture) ne doit pas être systématique mais guidée par une surveillance clinique (fièvre inexpliquée).
- préalbumine si amaigrissement > 5 %
- HCO3- (réserve alcaline)
- bandelette urinaire (recherche tubulopathie)
- groupage HLA B5701 une seule fois, si on envisage d'introduire abacavir (ZIAGEN)
- 25OH vitamine D3

Sérodiagnostics :

- TPHA/VDRL (quantitatif si positif) — 1 fois par an s'ils étaient négatifs lors de l'examen précédent ou en cas de situation récente d'exposition ou de manifestations cliniques et/ou biologiques compatibles avec une infection.
- sérodiagnostic de l'hépatite A, de l'hépatite B (Ag Hbs, Ac Hbc, Ac Hbs si vaccination récente), de l'hépatite C
- sérodiagnostic de la toxoplasmose
- sérodiagnostic CMV si CD4 <200/mm³
- Si VHC + : PCR VHC + TP TCA + EPP + Alphafoetoprotéine

1/ si sérologie Hépatite B négative : envisager vaccination (après restauration immunitaire)
2/ si antigénémie VHB ● : programmer PCR VHB
3/ si sérologie VHC ● : programmer PCR VHC – si PCR ● génotypage et écho abdominale
4/ si VHA négative, envisager vaccination en cas de coinfection VHC ou VHB ou Hépatopathie chronique ou patient à risque (homosexuels ou toxico IV) et en cas de voyage en zone d'endémie.
5/ si CD4 <100 mm³ avec sérologie CMV+ faire PCR CMV ou Ag PP65 tous les 3 mois et si positif faire fond d'oeil
6/ si CD 4 <100 mm³ faire hémoculture mycobactérie et envisager traitement préventif ensuite.
Une synthèse annuelle avec un médecin hospitalier est indispensable (éventuellement en hôpital de jour) pour : Analyse critique du traitement, Discussion sevrage tabagique et évaluation du risque néoplasique broncho-pulmonaire Bilan métabolique et évaluation du risque cardiovasculaire Dépistage troubles cognitifs Dépistage ostéoporose si facteurs de risque Vie sexuelle, désir d'enfant Bilan gynéco-proctologique Point sur les vaccinations : VHB, VHA si co-infection VHC et/ou VHB ou si homosexuel ou si voyage en pays d'endémie Grippe tous les ans et PNEUMO 23 tous les 5 ans

BILAN TRIMESTRIEL OU SEMESTRIEL DES SUJETS VIH + NON TRAITES

BILAN tous les 3-4 mois — si 350 < CD4 < 500
BILAN SEMESTRIEL — si CD4 > 500

Examen clinique complet sans oublier :
dents
sphère oropharyngée
muqueuses génitale et anale
une fois par an :
* tour de taille, tour de hanche

Biologie
NFS
typage lymphocytaire CD4 - CD8
ARN VIH plasmatique (charge virale)
25OH vitamine D3
transaminases ASAT – ALAT
glycémie à jeun, créatininémie, protéinurie sur échantillon

- sérodiagnostic des hépatites B (Ag Hbs, Ac Hbs, Ac Hbc) + C + A, toxoplasmose, CMV 1fois par an s'ils étaient négatifs lors de l'examen précédent ou en cas d'exposition récente
- TPHA – VDRL

acide lactique si femme enceinte dès le 3ème trimestre de grossesse
Vaccin hépatite B si négatif et si possible CD4 >200/mm³
Vaccin antigrippal tous les ans en automne
Vaccin pneumocoque PNEUMO 23 tous les 5 ans
Vaccin VHA chez homosexuel ou toxicomane ou coinfecté VHC, VHB ou hépatopathie chronique
Les bilans biologiques trimestriels ou semestriels devront être faits de préférence en externe en laboratoire de ville avec une consultation dans les suites, soit auprès du médecin de ville, soit auprès du médecin spécialiste hospitalier, à voir une fois par an minimum.
Les hospitalisations de jours sont à faire pour les patients qui ne posent pas de problème urgent, une fois par an, en faisant un point complet psychologique, diététique et en discutant d'éventuels avis spécialisés cardiologiques, odontologiques, gynécologiques (frottis à faire une fois par an) ou autre.

Recrudescence des IST en France milieu des années 1990

- Découverte du VIH en 1981.
- Création de relais de surveillance laboratoire **Gonococcies (Rénago 1986) Chamydiose (Rénachla1990 Réseau de cliniciens)**
- Recrudescence syphilis depuis 2000.
- Lymphogranulomatose vénérienne depuis 2003

POurtant depuis 2000 les IST ne sont plus des MDO

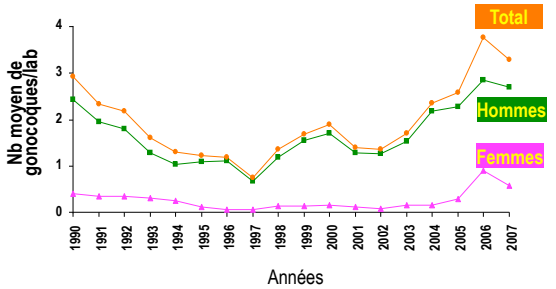
Réseaux de cliniciens volontaires (Resist)

- **Centre d'information de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST, décret 2004) et CDAG**
- **Hôpitaux**
- **Médecins libéraux**

Les informations sont centralisées par l'INVS.

Nombre moyen de gonocoques isolés par an par laboratoire, Rénago, France, 1990 – 2007 (INVS)

Les gonococcies (450 cas en 2010 sur 45 sites) progressent.
Co-infections ave VIH sont moins fréquentes en 2009 et 2010 (8 %) que lors des années précédentes (environ 14 %). Elles concernent 16 % des hommes homo/bisexuels, 0,5 % des hommes hétérosexuels et aucune femme.



Performance des tests moléculaires : PCR

Chez les individus symptomatiques
- **Patient symptomatique : culture = *gold standard***
  - homme : écoulement, urètre
  - femme : sécrétions endocol

SAUF localisations anales et pharyngées : biologie moléculaire (sensibilité > culture)

La culture peut être associée à la biologie moléculaire si les conditions de transport risquent d'affecter la survie de N.g (délai d'acheminement, température).

Chez les individus asymptomatiques
- performance des tests moléculaires > culture
- prélèvements non invasifs (meilleure acceptabilité)
  - homme : 1er jet urine
  - femme : auto-prélèvement vaginal
  - si positif :
    - reprélever pour culture et antibiogramme

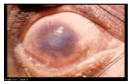
Recommandations pour le traitement des urétrites et cervicites non compliquées (Mise à jour 2008 Afssaps)

- **Traitement antigonoccique**
  - Ceftriaxone 500 mg en une seule injection. 1er cas de Résistance en 2010.
  - Céfixime PO (refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale)
- **Associé au traitement anti-*Chlamydia***
  - azithromycine (monodose)
  - doxycycline : (deux prises PO pendant 7 jours)

Infections humaines à *C. trachomatis*

Problèmes de santé publique et d'actualité

A-C



Trachome

D-K

Infections Sexuellement Transmises

L1-L3

LGV

90 Millions de cas D'IST dans le monde par an

IST *à C. trachomatis* (D à K)

Salpingite

Lésions immunopathologiques
Infertilité tubaire, GEU

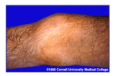
Epididymite

Rectite

IST *à C. trachomatis* (D à K)

Autres formes cliniques

Conjonctivite



Syndrome de Reiter

Conjonctivite
Pneumonie

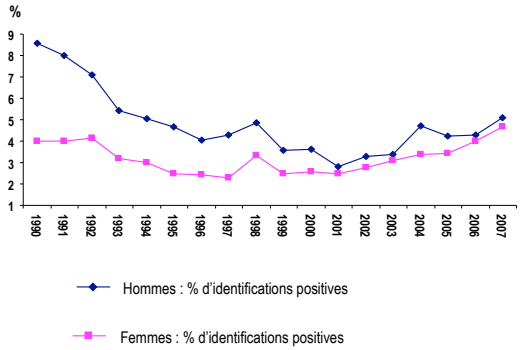
NNé

Le diagnostic est essentiellement fait par PCR 1er jet d'urine, vaginal…

Sérodiagnostic : indications

- Aucune — dans dépistage
  dans diagnostic d'infection basse
  dans suivi thérapeutique
- Aide au diagnostic
  devl tableau salpingite ou périhépatite
  dans le cadre d'un bilan d'hypofertilité du couple
  devl tableau d 'arthrite réactionnelle
- Aide au choix du traitement ? Profil sérologique
  aiguë non compliquée : G + ou – sans hsp60
  chronique : G+ avec hsp 60

Pourcentage de dépistages positifs à *Chlamydia trachomatis*, Rénachla 1990 – 2005 (INVS)



Chlamydia trachomatis est l'IST la plus répandue et qui progresse également.

- En 2010 environ 1400 H /3800 F dans réseau renachla.
- le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de recherches) est d'environ 6 % chez les hommes et les femmes
- 50 à 75 % sont asymptomatiques.
- Cette IST touche de 5 à 10 % de la population européenne, en particulier les jeunes de moins de 25 ans.
- Une adolescente infectée à l'âge de 15 ans a dix fois plus de risque de devenir stérile à la suite d'une infection à chlamydia qu'une femme de 25 ans.

Nombre de cas de LGV rectales, 2002 – 2007

Identification de chlamydia trachomatis par PCR sur prélèvement rectal
Type L1, L2 ou L3 caractérisé par le CNR des chlamydia, Bordeaux

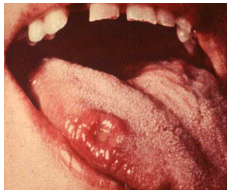
En 2010 LGV 270 cas, 83 % de co-infections VIH sur la période 2009-2010 contre 92 % en 2004-2008

Année	2003	2004	2005	2006	2007
N	11	**104**	**118**	**139**	**171**
Ct non-LGV		**25**	**51**	**67**	**75**

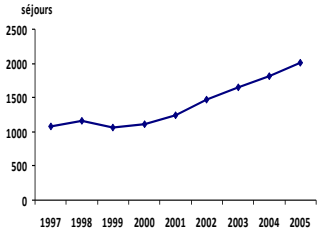
Mycoplasma genitalium

- Son rôle dans les urétrites masculines n'est plus discuté (*JS Jensen 1993, M. Janier 1995, P. Totten 2001, etc …*)
  - urétrites récurrentes et chroniques ++
  - inflammation urétrale ++ (écoulement, PN)
  - PCR maison seulement
  - 1er jet d'urine + sensible que le frottis urétral (98 % vs 82 %) (*JS Jensen 2004*)
  - Portage élevé c/o HSH 2.7% 1er jet & 4.4% rectum ***(S Soni Sex Transm Infect 2010 86 21-24)***
- Chez la femme, son caractère pathogène est moins clair :
  - prévalence 0 à 40 %
  - sites de prélèvement : vagin *(I. Casin 2002)* et 1er jet d'urine *(JS Jensen 2004)*
  - plus fréquent chez VIH + *(AC. Labbé 2002, J. Pépin 2005)*
  - lien avec cervicite : de 0 *(I. Casin 2002)* à lien faible OR 1.6 *(J. Pépin 2005)* ou fort OR 3.3 *(L. Manhart 2003)*
- Traitement :
  doxycycline (7 jours)
  azithromycine (1 g DU)
  moxifloxacine (400 mg/j durant 10 jours, sont recommandés en raison de risque d'apparition d'antibiorésistance)

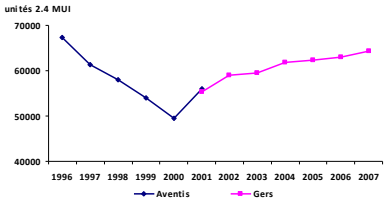
Syphilis – La grande simulatrice



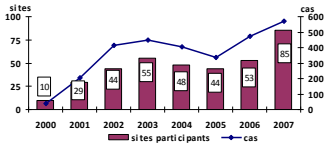
La syphilis dans le PMSI, 1997-2005



Ventes d'Extencilline 2.4 MUI* France, 1996 - 2007

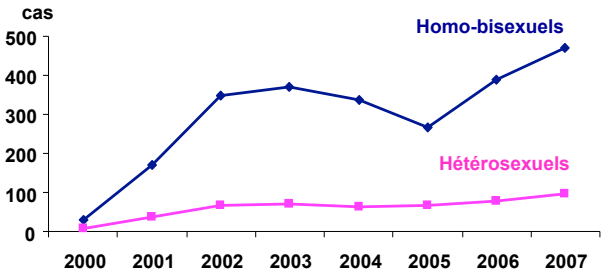


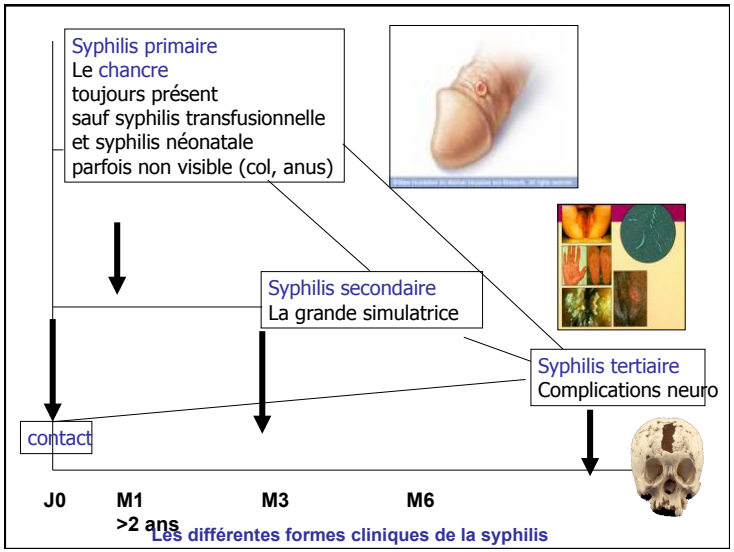
Nombre annuel de cas de syphilis et de sites participants, RésIST, France, 2000-2007



Stabilité syphilis en 2010 (600 cas sur 100 sites)

Syphilis selon l'orientation sexuelle, RésIST, France, 2000-2007





Les différentes formes cliniques de la syphilis

Caractéristiques des patients syphilis +, RésIST, France, 2000-2006

N=2 229	HSH	Hommes hétéros	Femmes hétéros
	N = 1 846	N = 266	N = 117
Age	36,8 ans	38,4 ans	33,4 ans
VIH+	51%	16%	6%
Syph I ou II	64%	64%	38%
Bilan grossesse			10%

POUR les HSH :
Nombre élevé de partenaires ocasionnels et anonymes
l'utilisation systématique du préservatif en cas de fellation est toujours très rare (1 %)
Consommation de drogues, fréquentaiton de clubs ou lieu de sexe.

En 2010 les co-infections syphilis récente et VIH représentent 35 % des cas :
4 % de découvertes à l'occasion de la syphilis et 31 % de sérologies VIH+ connues.
(71 % de ces patients VIH+ connus sont sous traitement antirétroviral).
ces co-infections concernent 40 % des hommes homo/bisexuels, 11 % des hommes hétérosexuels et aucune femme.

Neurosyphilis et VIH

- La neurosyphilis est typiquement, une manifestation de la syphilis tertiaire symptomatique, qui apparaît après plus de 10 ans de syphilis latente non traitée.
- Mais neurosyphilis possible au stade primaire ou secondaire, déjà traitée dans certains cas, peut-être plus fréquente avec le VIH.
- Fréquence des lésions méningées, vasculaires et atteintes des nerfs crâniens VII, VIII, VI, and II. alors que la syphilis neurologique de la phase tertiaire se caractérise par un tabès, des signes de démence (Atteinte du cerveau et la moèle épinière)

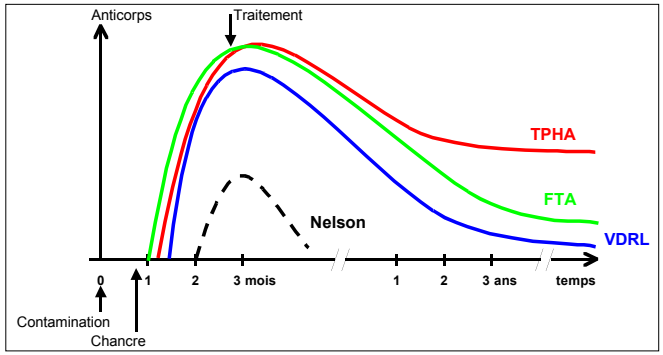
Comment dépister la syphilis ?

- Utiliser les tests sérologiques suivants :
  - Tests tréponémiques de dépistage et de confirmation de première ligne :
    - Classiques : TPHA, FTA-ABS,
    - ou ELISA IgG ou IgG/IgM
  - Test tréponémique de confirmation de deuxième ligne : western blot IgG
  - Tests non tréponémiques : VDRL, RPR

Interprétations des sérologies

1- au stade primaire le diagnostic de certitude repose sur la recherche de TP au microscope à fond noir
2. Au tout début du chancre le TPHA et le VDRL peuvent être négatifs (3-7 premiers jours du chancre)
3. Au stade de syphilis secondaire les 2 tests sont toujours positifs
4. VDRL positif isolé n'est pas synonyme de syphilis
   ⇨faux positifs : grossesse, maladies auto-immunes et infections
5. La surveillance sérologique après traitement repose sur le VDRL quantitatif
6. Aucun test actuel ne permet de différencier une syphilis d'une tréponématose non vénérienne
7. Interprétation des résultats avec la clinique

CINETIQUE DES ANTICORPS AU COURS DE LA SYPHILIS



Sensibilité et spécificité PCR à partir des différents échantillons

PCR	sens	spé
• Écouvillons	82%	95%
• PBMC	29%	96%
• Sang total	24%	97%
• Sérum	14,7%	93%
• Plasma	18,5%	92%

Hépatite B : données épidémiologiques

Prévalence : portage chronique de l'AgHBs

- **0,65% en population adulte (281 000 porteurs)**
- **1,10% H versus 0,21% chez les femmes**

Source : enquête InVS 2004 (Meffre C et al, rapport InVS)

Incidence : hépatite B aigue

- **1,07 pour 100 000,** soit **675 nouveaux cas/an** d'hépatite B aiguë symptomatique
  Estimation de **2500 nouvelles infections par an** (% élevé de cas asymptomatiques)
- **Sexe ratio H/F : 2,3**
- **Relations sexuelles à risque : 36% des cas symptomatiques**
  - *Partenaire positif 7,5%*
  - *Homo/ bisexuel 14,0%*
  - *Multipartenariat 24,0%*

Source : données DO InVS, 2004-2007, (Antona et al. BEH mai 2009)

Hépatite B Chronique

200 cas par an (50% <16 ans)

Mortalité

- 2 pour 100 000 : **1 327 décès** attribués à l'hépatite B en 2001

Source Inserm CépiDC (Péquignot F et al. BEH 2008;27.)

VHC

2700 à 4000 nouvelles infections/an

Hépatite C chronique: 220 000 personnes, dont ½ l'ignorent

Prévalence des patients VIH+ parmi les patients avec une IST, RésIST, France, 2000 - 2007

	Syphilis N = 2 716	Gonococcies* N = 558	LGV N = 249
Prévalence VIH globale	45% (35% en 2010)	16% (8% en 2010)	90% (83% en 2010)
Nouveau diagnostic VIH	5% '(4% en 2010)	3%	
Par orientation sexuelle			
Homosexuels masculins	54% (40% en 2010)	26%	86%
Bisexuels masculins		33% (16% des homos/bi en 2010)	13%
Hommes hétérosexuels	(11% en 2010)	16% (0,5 % des Hétéros en 2010)	3%
Femmes hétérosexuelles		6% (0 en 2010)	3%

Accident d'exposition sexuel et risque viral

- Le risque de transmission du VIH est compris entre 0,04 p. 100 après un rapport oral (fellation réceptive) et 0,82 p. 100 après un rapport anal réceptif entre hommes (pénétration par un partenaire VIH+). Le risque de transmission lors d'un rapport vaginal est intermédiaire, de l'ordre de 0,1 p. 100, les femmes ayant un risque d'être contaminées plus élevé que les hommes.
- Rôle Charge virale, IST associées.
- La circoncision diminuerait des deux tiers le risque d'infection chez l'homme.
- Le risque de transmission du VHB après un rapport sexuel est de 30 -80%.
- Le risque de transmission sexuelle du VHC est beaucoup moins important ; néanmoins, il reste significatif en cas de relations sanglantes et/ou traumatiques,

Exposition au sang et risque viral Rapport Yéni 2010

Risque moyen en cas d'exposition si personne source infectée	VIH	VHB	VHC
Exposition cutanée peau non saine	< 0,09 %	> 0,09 %	Faible
Exposition muqueuse	0,03-0,09 %	> 0,09 %	Faible
Blessure per-cutanée (piqure/coupure)	0,32%	6 à 30 %	0,5-1,8%

Exposition sexuelle et VIH: indication du TPE

Risque et nature de l'exposition	Patient source Infecté par le VIH	Patient source de Sérologie VIH inconnue
Rapports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si (1) Et Si rapport homosexuel masculin qq soit le résultat du TDR
Rapports vaginaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque
Fellation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque

Dans le cas d'un patient source connu comme infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE pourra être interrompu à 48-96h lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale du patient source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après exposition)

(1) Notion de personne source à risque:
- UDIV
- homme homosexuel ou bisexuel
- personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1%

Notion de situation à risque:
- prise de substances psychoactives
- partenaires sexuels multiples

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG Indications TPE

Risque et nature de l'exposition	Patient source VIH +	Patient source VIH inconnu
Important Piqûre profonde, aiguille creuse, dispositif intravasculaire (artériel ou veineux)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si arguments épidémiologiques (1)
Intermédiaire Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact supérieur à 15 minutes	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Minime Autres cas Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

AES professionnels et infection par le VIH

- Au 31 décembre 2009 en France
  - 14 séroconversions documentées en 20 ans (prophylaxie pour 6)
  - 35 infections présumées
  - Pas de séroconversions depuis 2004
  - IDE+++, par accident per-cutanée+++, 1 projection
  - Entre 1996 et 2007: 4 séroconversions:
    - 1 en 1996: sans TPE (IDE, piqure par flacon d'hémoc, patiente source en séroconversion post-transfusionnelle
    - 1 en 1996: malgré bithérapie initiale puis AZT seul (interne médecine, piqure), patient source VIH +
    - 1 en 1997: malgré TPE (IDE, piqure par aiguille de gros calibre,patient source VIH+)
    - 1 en 2004: suite à projection massive de sang, sans TPE, secouriste patient source VIH+
    - 2 infections présumées

AES professionnels et hépatites virales

- VHB
  - Pas de séroconversions en France depuis 2005
  - Sous-déclaration?
  - Rôle de la vaccination
- VHC
  - 65 séroconversions en France au 31.12.2009
  - IDE ++
  - piqure ++
  - 3 coupures
  - 2 par contact sur peau lésée
  - 3 séroconversions rapportées dans le monde suite à une exposition sanguine (visage et yeux)

CAT immédiate en cas d'A.E.Sang

- Premiers soins en urgence 0-5'
  - Nettoyage (rinçage abondant >10' si muqueuse)
  - Trempage (dakin, bétadine, eau javel diluée)
  - Ne pas faire saigner.
- Consulter en urgence médecin référent ou SAU 0-4h
  - Evaluation du risque (test VIH rapide)
  - Prophylaxie éventuelle
- Déclarer accident du travail 0-24h
- Initier un suivi si nécessaire 0-7j

En cas d'exposition au sang: nettoyage et désinfection

Piqûre ou blessure souillée par du sang	Projection oculaire avec du sang
Nettoyage immédiat de la plaie (eau + savon) Rincer abondamment Ne pas faire saigner Antisepsie : immerger la blessure 5 minutes avec dakin ou Bétadine ou eau de javel à 12° diluée 1/10	Rincer abondamment avec sérum physiologique ou à défaut eau du robinet 5 minutes. Appliquer du collyre antiseptique Vitabact

Suivi par prise de sang des AEV non traités : AES/exposition sexuelle

J 0 **Sérologie VIH**
Sérologie VHC Si AE Sang
ALAT (GPT)
Anticorps anti HBS (si taux non connu) ou dépistage par Anticorps anti HBC
TPHA/VDRL (exposition sexuelle)
NFS (exposition sexuelle)

S6 **Sérologie VIH**
PCR VHC/ALAT (si PCR-VHC + chez le patient source)
TPHA/VDRL (exposition sexuelle)
PCR Chlamydia urine ou autoprélèvement (exposition sexuelle)

M 3 **Sérologie VHC et ALAT (si risque VHC)**
Anticorps anti-HBC (si non répondeur ou non vacciné)
Sérologie VIH
M 6 (AE Sang) **Sérologie VHC et ALAT**
Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

Suivi par prise de sang des AEV traités : AES/ exposition sexuelle

J 0 **Numération Formule Sanguine**
ALAT (GPT)
Créatininémie
Test de grossesse
Sérologie VIH
Sérologie VHC Si AESang
Anticorps anti HBC (si non répondeur ou non vacciné)
Anticorps anti HBS (si vacciné sans taux connu)
THPA/VDRL (exposition sexuelle)

J 15 **Numération formule Sanguine**
ALAT
Créatininémie (Si prise Ténofovir : TRUVADA®...)

J 30 **Numération formule Sanguine**
ALAT
Créatininémie (Si prise Ténofovir : TRUVADA®...)
PCR VHC pour AESang (si PCR positive chez le sujet source)
TPHA/VDRL (exposition sexuelle)
PCR Chlamydia urine/autoprélèvement (exposition sexuelle)

M 2 **VIH**

M 4 **Sérologie VIH**
Sérologie VHC et ALAT (si AESang avec risque VHC) Anticorps antiHBc (si non-répondeur ou non vacciné)

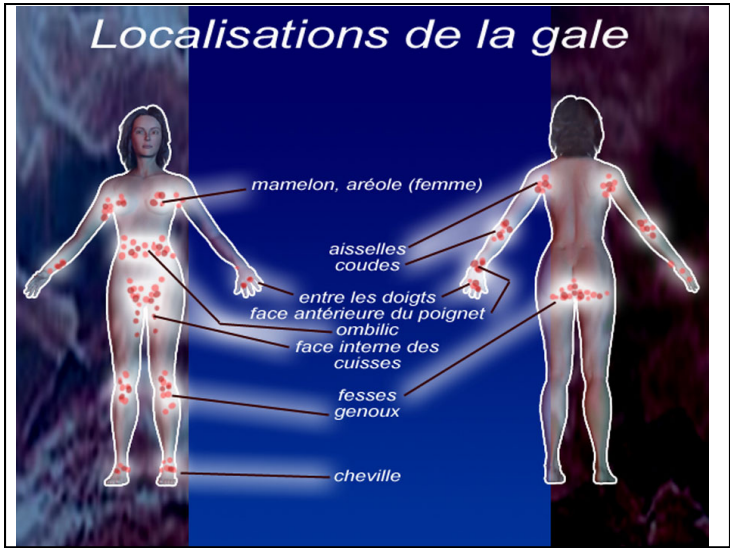
M 6 (AESang) **Sérologie VHCet ALAT**
Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

AES avec risque pour le VHB

Il n'y a le plus souvent aucun suivi nécessaire, quel que soit le statut du malade source,car la plupart des personnels de santé sont vaccinés et répondeurs à la vaccination (anticorps anti-HBs > 10 mUI/ml). Une sérovaccination par immunoglobulines anti-HBs et une injection d'une dose de vaccin doivent, en revanche, être proposées dans les 72 heures aux sujets non vaccinés.

Conduite à tenir en urgence en cas d'exposition accidentelle au VIH d'un enfant par blessure avec du matériel abandonné ou ayant été utilisé par une personne infectée par le VIH

- **Apaisement du stress familial qui est souvent important. Le risque d'infection est quasi nul ; aucun enfant n'a été rapporté comme ayant été infecté de cette façon à ce jour dans les pays du Nord**
- **Cependant une étude sérologique sur des seringues trouvées sur la voie publique a montré que 57 p. 100 de celles ayant du sang visible étaient positives pour le VIH.**
- **Évaluation individuelle du risque d'exposition au VIH selon les circonstances de l'accident**
- **Désinfection standard de la plaie**
- **Prophylaxie anti-hépatite B et anti-tétanos si nécessaire**
- **Prescription si nécessaire et première administration des antirétroviraux aux urgences (traitement disponible sur place). Délivrance du traitement pour les premiers jours**
- **Organisation d'une consultation dans les 24-48 heures, en dehors de l'urgence pour :**
  – réévaluation du risque et du type de prophylaxie
  – début de la procédure diagnostique VIH, VHB, VHC. Le bilan initial peut être réalisé lors de cette consultation spécialisée.



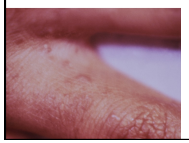
Stromectol® Ivermectine

- L'ivermectine est active sur les sarcoptes adultes, son activité sur les larves est mal établie et ce produit n'est pas ovocide. La concentration maximum de l'ivermectine au niveau de la peau, serait atteinte environ huit heures après son administration orale et déclinerait 24 heures après la prise.
- Nécessité dexième prise à J14.
- Contre-indications et précautions d'emploi :
  - enfant de moins de 15 kg car la barrière hémato-encéphalique peut encore être immature ;
  - allaitement : passage dans le lait maternel de moins de 2 % de la dose administrée, mais sécurité d'utilisation insuffisamment validée. Par précaution, il est conseillé de différer le traitement d'une semaine après la naissance de l'enfant ;
- grossesse : utilisation déconseillée au premier trimestre (par précaution).

Traitement local - En théorie si CI Ivermectine

- Sprégal®
  contre-indiqué chez les sujets asthmatiques, les nourrissons ou les enfants ayant des antécédents de bronchite dyspnéisante avec sibilants. En l'absence de données, ce produit ne sera utilisé pendant la grossesse que si nécessaire.
  simple pulvérisation, à l'exception du cuir chevelu où il vaut mieux utiliser un coton imbibé de produit. Sa durée d'application est de 12 heures.

- Ascabiol ®
  n'a aucune contre-indication. 2 couches sur tout le corps sauf visage. Attention chez l'enfant de moins de deux ans (risque d'effets généraux) et chez la femme enceinte. Dans ces deux cas il est impératif de se limiter à une seule application dont la durée doit être réduite à 12 heures voire six heures pour les très jeunes enfants.



A-PAR®
aérosol

- **Désinfection de la literie et du linge porté dans les 8 jours précédant le traitement.**
- **lorsque les individus sont protégés par un traitement actif, soit au moins huit heures après la prise d'ivermectine.**
- **Résevé au linge non lavable à 60°c.**
- **Alternative: mise en quarantaine dans sac plastique pendant 4 jours (10 Jours en cas de gale profuse)**
- **Propriétés Antiparasitaire utilisé principalement pour les textiles et la literie (vêtements, rideaux, fauteuils, siège auto, casque de moto, intérieur des gants, chaussons, chaussures…) mais aussi le mobilier de stockage du linge**
- **Mode d'emploi Un flacon permet de traiter une chambre (lit, grande armoire) : à pulvériser sur toute la surface (les deux faces des oreillers, couette…) en tenant l'aérosol à 30-40 cm de l'article à désinfecter**
  - Temps de contact d'environ trois heures
  - Aération des locaux
  - Nettoyage après désinfection conseillé par le fournisseur
- **Précautions d'emploi Ne doit pas être utilisé par un asthmatique ou en sa présence**
- **Avantages/Inconvénients La literie décontaminée est réutilisable dans les 12 heures après pulvérisation sans lavage et deux heures**
  pour les vêtements
- **Désinfection de la literie et du linge porté dans les 8 jours précédant le traitement.**
- **traitement lorsque les individus sont protégés par un traitement actif, soit au moins huit heures après la prise d'ivermectine.**